

کارنامه

آیا حمایت از بهداشت عاملی است برای دستیابی به کار شایسته؟

مترجم: سهیل مق شنه _ فوق لیسانس جامعه شناسی

مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد روهن

مقدمه

دبیر کل ILO در گزارش اجلاس سال ۱۹۹۹ کنفرانس بین المللی کار تحت عنوان کار شایسته این طور بیان کرد که بهداشت مناسب، تخصص و سطح تحصیلات بالا باعث افزایش بهره وری و بالا رفتن سطح زندگی می شود. جوامعی که این ویژگی ها را دارا باشند برنده هستند.

بدون داشتن نیروی کاری که از سلامت برخوردار باشد، تحقق کارشایسته چگونه امکان پذیر خواهد بود؟ سازمان بین المللی کار طی مدتهای مدید توجه خود را به بهبود بهداشت و سلامتی کارگران در حین کار و در خارج از محیط کار معطوف داشته است.

طی چند سال اخیر نه تنها بالا رفتن هزینه های کلی حمایت های بهداشتی، خانواده ها را تحت تاثیر خود قرار داده بلکه برای نظام های تامین اجتماعی نیز مشکلاتی را به همراه داشته و دیگر هزینه ها را نیز تهدید می کند مانند: هزینه هایی که متوجه تامین درآمد جانشینی است.

گزارش در مورد کار در جهان ۲۰۰۰، نشانگر این امر است که چگونه دولت ها می توانند تضمینی برای دسترسی به درمان همگان داشته باشند و افراد را از اثرات مخرب بهداشت نامناسب بر تامین درآمد مصون بدارند.

با وجود پیشرفتهای عمده ای که طی چند دهه اخیر در حوزه های پزشکی و خدمات درمانی صورت گرفته تفاوت های بسیاری را در زمینه بهداشت میان فقرا و ثروتمندان ایجاد نموده است. به نظر می رسد که به تناسب افزایش جمعیت، نابرابری نیز رشد کرده است.

امروز با وجود ثروتهای حاصله از پدیده جهانی شدن، فقرا همچنان بخشی از بار اجتماعی نابرابری دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی شایسته و بالا رفتن هزینه ها و افزایش نرخ بیمارگونی و مرگ و میر را تحمل می کنند.

تحقیقات نشان داده که در کلیه گروه های سنی بویژه کودکان و شیرخواران نرخ مرگ و میر در میان فقرا بیشتر از ثروتمندان می باشد.

در مقایسه به عمل آمده میان ۲۰ درصد از فقیرترین و ۲۰ درصد از ثروتمندترین کشورها، مشخص گردید که در کشورهای فقیر مرگ و میر در سنین صفر تا ۴ سال، ۹ برابر، ۵ تا ۱۴ سال ۱۰ برابر، ۱۵ تا ۲۹ سال در حدود ۴ برابر بیشتر از کشورهای ثروتمند می باشد.

این تفاوت در گروه سنی ۷۰ سال و به بالا به ۱/۴ می رسد.

اگر این مورد را در کشورهای در حال توسعه بررسی کنیم، مشاهده می کنیم که نرخ مرگ و میر در کلیه گروه های سنی میان فقرا خیلی

بیشتر از ثروتمندان است و این امر دلایل مرگ را نیز موجب می شود به استثنای سرطان. نرخ مرگ و میر میان فقرا در بیماری های مسری، بارداری و وضع حمل بالا است.

حمایت بهداشتی و دیگر مستمری های اجتماعی

تفاوت های مهمی میان کمک هزینه های بهداشتی و دیگر کمک هزینه های اجتماعی (مستمری ها) وجود دارد.

اولین تفاوتها در کمک هزینه های نقدی (مستمری های نقدی) است که مشکلات بسیار پیچیده ای در تبادلات پولی که از طریق دیگر شاخه های حمایت های اجتماعی صورت می پذیرد، ایجاد می کند. احتمالاً می توان ارایه کمک هزینه های (مستمری ها) مورد توافق قرار گرفته را که بصورت نقدی است به اشخاصی که هیچگونه درآمد مستمری ندارند مورد سوال قرار دهد. لذا این گونه دلایل تنها در چارچوب خدمات درمانی گنجانده می شود.

همانطوری که در گزارش ذکر شده است کلیه افراد بیمار با هر نوع درآمد و بیمه و وضعیت حرفه ای نیاز به درمان دارند « و خدمات بر اساس وضعیت سلامت آنان صورت می پذیرد » دستیابی به تامین خدمات بهداشتی و درمانی اختصاصی شکست بزرگی برای حمایت های اجتماعی است. کشورهای صنعتی از

کودکان عاملی است در به موقع پیوستن مرگ و میر مادران و نوزادان .
تحقیق به عمل آمده در سال ۱۹۸۸ در کشورهای بولیوی ، مصر و کنیا، نشان داد که استفاده و دستیابی زنان به اینگونه خدمات ، بستگی کامل به محل اقامت آنها (شهر یا روستا) و میزان تحصیلات و سواد آنها دارد .
در نتیجه نامنظم بودن و منظم بودن اشتغال و درآمدها در این زمینه نقش اساسی ایفا می کند. افرادی که در بخش غیر رسمی مشغول بکارند و یا برای خود کار می کنند (خوداشتغالند) و یا این که بطور نامنظم مشغول بکارند . غالباً حق استفاده از بیمه درمانی را ندارند این مساله احتمالاً ناشی از نقص قوانین اداری در مورد افرادی است که دارای درآمد منظم نیستند ولیکن یقیناً اینگونه افراد بیشتر از هرکس، نیاز به حمایت در مقابل بیماری دارند .

تامین اعتبار نظام خدمات درمانی

تامین اعتبار خدمات درمانی نه تنها تأثیرگذار بر وضعیت بهداشتی جمعیت است بلکه بر تامین درآمد آنها نیز اثرگذار می باشد و متشکل از نظام های متفاوتی برای تامین بهداشت و درمان فردی است . در حالی که تامین اعتبار خدمات درمانی دولتی ، اصولاً از طریق بودجه دولتی و در چارچوب نظام های سازماندهی شده عمل می کند . ارایه خدمات درمانی برای اقشار خاص ، بستگی به مکانیزمهای متفاوت مالی دارد و در درجات متفاوت نیز عمل می کند مانند نظام های بیمه اجتماعی دولتی و خصوصی ، خیران خارجی ، سازمانهای غیر دولتی (NGO S) ، خانواده ها و اقشار خاص .
اگر این طور تصور شود که هر چه هزینه ها بالا رود ، وضعیت بهداشتی خوب می شود ، سطح هزینه ، الزاماً نشانگر سطح خدمات برای کل جمعیت نمی تواند باشد .

همان طوری که وضعیت ایالات متحده نشانگر این امر است . با کاهش هزینه های کلی غالباً میزان کیفیت درمان کاهش می یابد . در بسیاری از کشورهای سوسیالیستی سابق در

خدمات بهداشتی و وجود بوروکراسی را نام برد . برای مثال در کشور مکزیک ، کارگران بخش غیر رسمی می توانند با پرداخت ناچیز از بیمه درمانی استفاده کنند . ولیکن اطلاع رسانی ناقص در مورد نظام حمایتی و مواع بوروکراتیک ابعاد این قضیه را محدود ساخته است . بطور کلی اینگونه عوامل موجب می شود که گروه های فقیر ، بیسواد و کارگران بخش غیر رسمی آسیب ببینند . در بعضی از کشورها ، وجود فرهنگها و زبانهای متفاوت و (اقلیت های مهاجر و قومی) می توانند موانعی را بوجود آورد .
تحقیقی که در سال ۱۹۹۰ در ایالت Rhode Island آمریکا به عمل آمد ، نشان داد که برای دستیابی به خدمات بهداشتی تفاوت های مهمی در میان گروه های قومی ، جمعیت سفید پوستی که اصلیت آنها اسپانیایی است و نیز جز مهاجران غیر قانونی تلقی می شوند که نسبتاً تعداد آنها نیز از جمعیت سفید پوست غیر اسپانیایی بیشتر است و یا جمعیت رنگین پوست (سیاه) از این خدمات بطور منظم بهره مند نیستند . همچنین آمریکای لاتین ها که در استرالیا بسر می برند دارای موانع متفاوت فرهنگی اند که آنها را از دستیابی به خدمات بهداشتی و درمانی باز و می دارد .

مزایای اصل یک سوم پرداخت برای دستیابی جهانی به خدمات درمانی استفاده می کنند و در کشورهای شمالی و ایرلند و اروپای جنوبی (فرانسه _ جنوب فرانسه) و انگلستان نظام های درمانی آنها از طریق بودجه دولت تامین می شود. بالعکس در کشورهایی که دارای درآمد اندک و یا درآمد واسطه ای هستند حمایتها، جهانی نیست . بعضی از کشورها ، زیر بنایی را برای بهبود وضعیت خدمات درمانی خود ایجاد نکرده اند. برای مثال در بنگلادش در حوزه های روستایی است که امکانات کافی برای ارایه خدمات درمانی برای کل جمعیت وجود دارد ولیکن کیفیت ارایه خدمات انتخابی است . در کشورهای دیگر مشکلات مالی ، توزیع جغرافیایی نابرابر موسسات درمانی و کمبود پرسنل پزشکی ماهر (متخصص) در مناطق و ناحیه های عقب مانده به چشم می خورد . برای مثال در جمهوری کره برای هر ۱۰۰۰ نفر ۹۱ پزشک در پایتخت و برای هر ۱۰۰۰ نفر ۱۲ پزشک در حوزه های روستایی وجود دارد .
پراکندگی جمعیت نیز می تواند ناشی از عوامل سیاسی یا گرایشات مستمری بگیران خدمات درمانی خصوصی مانند مشتری ها و گروه هایی که دارای درآمد بالا هستند ، باشد .

ارایه پوشش بیمه درمانی کم یا مناسب در بعضی از کشورهای آمریکای لاتین در اوایل دهه ۹۰

کشورها	پوشش (وضعیت مناسب)	پوشش (وضعیت نامناسب)
آرژانتین	۱۰۰	۶
شیلی	۹۵	۳۹
کاستاریکا	۱۰۰	۵۴
اکوادور	۲۰	۳
مکزیک	۱۰۰	۱۷
پاناما	۷۵	۱۱
پرو	۲۷	۳
اروگوئه	۹۸	۱۷

در کشورهایی که دارای درآمد کم می باشند مشکلات دستیابی به خدمات بهداشتی مادران و

در میان مشکلات دیگر در زمینه دستیابی به خدمات درمانی می توان سازماندهی نامناسب

اروپا، شاخص هزینه های بهداشتی (واقعی) فرد بطور محسوس طی سالهای اولیه گذار اقتصادی کاهش یافته است. (کشورهای مجارستان و جمهوری چک استثنا هستند) بر مبنای شاخص ۱۰۰ در سال ۱۹۹۰، شاخص هزینه های بهداشت (واقعی) برای هر فرد در کشور آلبانی در سال ۱۹۹۳، ۳۷/۷ در لیتوانی ۴۴/۹ و در اسلوانی ۹۸/۲ (که شاخص آن در سال ۱۹۹۱ به میزان ۶۵/۷ کاهش یافته است) در ترکمنستان به ۴۲/۲، رسیده است.

در کشورهای جمهوری چک و مجارستان، هزینه های بهداشت (واقعی) برای هر فرد طی دوره های گذار اقتصادی بطور نامنظم افزایش یافته است. سه اصل مکانیزمهای مالی درمان فردی عبارتند از: مالیات، بیمه درمانی شامل: بیمه های اجتماعی، بیمه های خصوصی و دیگر انواع بیمه، منجمله (بیمه خرد) و نظامهای مالی برون بیمه ای.

نظامهای تامین اعتبار مبتنی بر مالیات

این نظامها بر اساس انواع موارد مالیاتی طراحی شده اند. مانند: مالیات های مستقیم (مالیات بر درآمد) مالیات های غیر مستقیم (مالیات بر ارزش افزوده) و دیگر منابع سرمایه های دولتی در مناطقی مانند آمریکای لاتین که هزینه های کلی مالیات های مستقیم پایین هستند، می توان بطور گسترده منبع مالی ای که شامل مالیات می باشند را توسعه داد. در ایالات متحده تامین مالی از طریق مالیات از لحاظ نظری قانع کننده به نظر می رسد ولیکن شاید از لحاظ سیاسی، باعث افزایش یارانه ها در حیطه بهداشت و درمان نشود.

نظامهای مبتنی بر بیمه

بدین نحو صورت می پذیرد که فرد مبلغی را به شرکت بیمه یا صندوق بیمه واریز می کند تا بتواند در هنگام نیاز به درمان و بهداشت از مستماری نیز استفاده کند و این نوعی تامین مالی برای خدمات درمانی است. در بعضی از کشورها نوعی بیمه اجتماعی، کل جمعیت را تحت پوشش قرار می دهد و در دیگر کشورها مانند آلمان نظام ملی بیمه درمانی شامل

نظامهای جدا از هم می باشد که شامل ۱۰۰۰ صندوق متفاوت است که قدمت آنها نیز به حدود به یک قرن می رسد مانند نظام بیمه اجتماعی که صدراعظم Bismark در آلمان بوجود آورد که مبتنی بر پرداختهای اجباری و بر درآمدی باشد که به نهادهای مستقل سرمایه های عمومی دولت واریز می گردد.

نظام بیمه های اجتماعی مستمری ها را به بخش مهم از جمعیت حداقل در ۱۳ کشور در آفریقا منجمله کنیا که در حدود یک چهارم کل جمعیت را شامل می شود، ارایه می کند. کشورهای بزرگ آسیا مانند هندوستان، اندونزی و فیلیپین دارای نظام های بیمه اجتماعی ای هستند که میلیون ها کارگر و اعضای خانواده آنها را تحت پوشش و حمایت قرار می دهد.

در سال ۱۹۷۷، جمهوری کره نوعی نظام تامین اجتماعی را تدوین نمود که شامل نظامهای بیمه ای بود که به ترتیب الویت و درجه اهمیت طبقه بندی شده بودند. یکی از آخرین کشورهایی که نظام بیمه اجتماعی را بوجود آورد کشور تایلند بود، در میان مثالهای نظامهای مختلط بیمه اجتماعی و بیمه خصوصی می توان شرکت کمکه های درمانی زیمبابوه و آفریقای جنوبی را نام برد. همچنان که در مورد ایالات متحده که بیمه بطور گسترده خصوصی است در آن نظامهای تامین اجتماعی Medicare و Medicaid از گروه های آسیب پذیر حمایت می کند این گروه ها شامل افراد سالخورده و افراد معلول مستمری بگیر و گروه های بومی می باشند. در ایالت متحده، افرادی که تحت پوشش بیمه خصوصی نیستند و یا از مزایای Medicare یا Medicaid استفاده نمی کنند بدون حمایت محسوب می شوند. در سال ۱۹۹۷ بیش از ۴۳ میلیون نفر یعنی ۱۶ درصد کل جمعیت هیچگونه پوشش بیمه درمانی را دارا نبودند. بیمه خرد یک راهبرد مکمل برای ارتقای دستیابی به درمان و بهداشت افرادی است که در حاشیه جامعه قرار دارند و به دلایلی از قبیل هزینه های بالای بهداشت و دارو و هزینه های زیر میزی و هزینه های جابجایی بویژه روستایان از این مزایا برخوردار نیستند.

نظام بیمه های خرد اخیرا در کشورهای بنگلادش، بنین، بوریکنافسو، کامرون، ساحل عاج، غنا، گینه، هندوستان، لبنان، مالی، مراکش، نیجریا، اوگاندا، فیلیپین،

جمهوری تانزانیه، سنگال، توگو، تونس و در بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین برقرار گشته است.

این نظام ها در بعضی از کشورها از طریق ساختارهای ایالتی آنها بوجود آمده اند مانند کشورهای آرژانتین، مالی، سنگال و اروگوئه.

در میان مکانیزمهای مالی خدمات بهداشتی و درمانی، مکانیزمهایی به نام صندوق درمانی وجود دارد که استفاده کننده از آن بخشی از درآمد خود را برای مقابله با هزینه های بهداشتی آینده خود ذخیره می نمایند و بدین صورت است که از این طریق می تواند بطور مستقیم در هزینه های خدمات مشارکت داشته باشد. در بعضی از کشورها مانند کشورهای مالزی و سنگاپور، صندوق درمانی در تحرک سرمایه ها و در برقراری پرداختهای خدمات بهداشتی و درمانی نقش ایفا می نماید.

کشور چین، نظامهای محلی ای که در مورد حقوق بگیران شهرها قابل اجرا ست را بکار برده است. اما به نظر می رسد دلیل هزینه های بالای بهداشت، اینگونه صندوق های درمانی اثربخش نمی باشند و از نگاه کل جامعه، عواملی هستند که کارایی مالی کمی برای خدمات بهداشتی و درمان در غالب کشورها دارند.

طی دهه ۱۹۸۰، نظام موجود، از استفاده کنندگان در مشارکت هزینه خدمات بهره گرفت و این نظام در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به عنوان ابزاری مکمل برای تامین مالی هزینه های بهداشتی در مقابل کاهش هزینه های دولتی ظاهر شد. این نوع نظام در جمهوری آفریقای مرکزی، جمهوری دموکراتیک کنگو، غنا، هندوراس، جامائیکا، لیبیریا، اوگاندا، پرو و سنگال در چارچوب برنامه تعدیل ساختاری برای افزایش تعداد استفاده کنندگان و ذخیره منابع درمان بوجود آمد.

در کشورهای دیگر مانند بولیوی و جمهوری دمیکن و السالوادور این نظام بر مبنای محلی بدلیل اینکه وزنه غیر قابل تحمل هزینه های بهداشتی را به همراه داشت بکار گرفته شد.

با برنامه (Bamako) که از طرف صندوق بین المللی پول و یونسف حمایت می شد. نظام مشارکت استفاده کنندگان در هزینه های خدمات بهداشتی به تصویب رسید تا خدمات بهداشتی و درمان اولیه دراز مدت را ارتقا بخشد و کیفیت بهداشت را در کشورهای بنین،

جهان افزایش یافته و نشانگر این است که همانطوری که جوامع و بعضی از طبقه‌بندی‌های آن دارای شکوفایی هستند، مصرف خدمات بهداشتی نیز افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری

موضوعی که برای بسیاری از افراد مهم و حیاتی تلقی می‌شود، دستیابی به خدمات بهداشتی کارآمد با هزینه‌های متعادل است. در نتیجه بنظر می‌رسد که اصلاحاتی نه چندان در بخش بهداشت آنطور که باید و شاید صورت نگرفته است. اغلب اصلاحات در دهه‌های اخیر بر دو اصل استوار است:

بهبود بخشیدن به کیفیت اعمال پزشکی و مهار کلی هزینه‌های خدمات درمانی. احتمال می‌رود که بهترین راه حل ترکیب نظام‌هایی است که شامل راهبردهای جدید و ابزار کلاسیک باشد. تصمیمات و مقررات متفاوت پاسخگوی نیازهای سطوح متفاوت با در نظر گرفتن منابع قابل دسترس می‌باشد و نیز با توجه به موارد فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و تاریخی هر کشور صورت می‌پذیرد. یقیناً، تضمین دستیابی به درمان جهانی با کیفیت برابر برای همگان تا زمانی که تفاوت بسیار در میزان درآمدها در جوامع وجود دارد امکان پذیر نیست لیکن تکثرگرایی در بخش درمان، داده‌ای است که مسوولین سیاست‌های بهداشتی و درمانی و سیاست‌های اجتماعی باید در نظر داشته باشند. با اعتراض به دولت است که می‌توان تضمین دستیابی همگان به خدمات بهداشتی و درمانی را به منحصه ظهور رساند. برقراری منابع قابل دسترس موجود، خصوصی، دولتی و تعاونی‌ها ثمره‌ای ناچیز به ارمان می‌آورد اگر چه به اهداف مورد نظر دست یابد که این اهداف همان رسیدن به خدمات بهداشتی و درمانی جهانی است.

منبع:

Rapport Surle Travail Dansle
Monde ۲۰۰۰
Bureau Internatioal Du Travail.
Geneve (BIT)

گرایش‌های اصلاحات تامین اعتبار خدمات بهداشتی

در دهه‌های اخیر تامین اعتبار بخش بهداشت بر اساس دو طریق (شبکه) اهداف اصلاحات را شامل می‌شود. اولین رهیافت در زمینه بهداشت، نظریه ظرفیت بازار برای بکارگیری مناسبتر از منابع قابل دسترسی است که عملکردی را نیز دارا نمی‌باشد که می‌توان با تجاری کردن بخش بهداشت از طریق برقراری مقررات تشویقی اقتصاد خرد و حساس کردن مستمری بگیران به بخش خدمات و مشتریان به مساله هزینه‌ها، آن را بهبود بخشید. دومین رهیافت، برقراری مکانیزم‌های نظارت است که مراقبت‌های بهداشتی برای افرادی که بدان نیازمندند، رایگان شود و فی خدمات و کالا، قانونمند گردد. در این مرحله معمولاً از ابزاری بنام ابزار کلاسیک مانند محدودیت عرضه مستمری‌های درمانی از طریق نظارت دقیق یا کاهش سرمایه‌پرداختی مستمری‌بگیر استفاده می‌شود. برای مثال در ایالت متحده (بیمه‌کنندگان خصوصی توانستند نظارتی بر ارایه بهداشت با ترکیب عملکردهای خرید همراه با عملکرد مستمری خدمات) داشته باشند. این نوع «مدیریت درمان» سریعاً برقرار شد. تعداد قراردادهای منعقد به چهارده برابر میان سال ۱۹۹۵ تا ۱۹۸۰ برای تحت پوشش قرار دادن ۱۴۱ میلیون نفر رسید. این نظام به شرکتهای بیمه اجازه داد تا در مورد کاهش حجم خدمات با مستمری بگیران مذاکراتی صورت پذیرد و برای بعضی از مستمری بگیران نقش بازدارنده برای بازگشت به خدمات تخصصی و گران قیمت داشته باشد. اصلاحات در بخش بهداشت موجب نشده که هزینه خدمات بهداشتی افزایش یابد و خدمات بصورت ارزش مطلق یا نسبی از تولید ناخالص داخلی باشد ولیکن این افزایش در آغاز دهه ۸۰ گامی برای کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی OCDE بود. در مناطق دیگر برای مثال در بعضی کشورهای اروپای مرکزی و شرقی واکنش نشان دادن به هزینه‌های بهداشتی تنها منعکس کننده کاهش سرمایه‌های دولتی است که دولت نیز در وضعیتی قرار ندارد که بتواند سرمایه‌های لازم را برای تامین اعتبار نظام شایسته حمایت بهداشتی فراهم آورد. به علاوه بهای کالاهای و خدمات بهداشتی در

گینه، کامرون، نیجریا، سیرالئون و همچنین در چند کشور آسیایی مانند ویتنام تضمین نماید.

در بعضی از کشورها مانند کانادا، دانمارک، نظام‌های بیمه‌ای حقوق بگیران یا نظام‌های بیمه‌ای خصوصی هزینه‌های غیربرگشتی از طریق نظام‌های بهداشت ملی یا محلی را تحت پوشش خود قرار می‌دهد که اسقرار نظام مشارکت استفاده کنندگان در هزینه‌های خدمات تاقضیهایی را داراست. نشان داده شده که اینگونه نظام‌ها، در کشورهای مانند غنا و زئیر موجبات کاهش بکارگیری درمان را فراهم می‌آورد و تحقیقاتی که در ایالت متحده و کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی OCDE و در بعضی از کشورهای در حال توسعه صورت گرفته است، نشان داده است که اثرات مخرب آن برای بیماران فقیر بیشتر است. بالعکس تحقیقی که در کامرون صورت گرفته است نشان داد که اینگونه نظام که در چارچوب برنامه Bamako محقق شده، با مشارکت استفاده کنندگان همراه با بالا بردن کیفیت خدمات و استفاده از موسسات بهداشتی را به همراه داشته است. کشورهای دارای درآمد پایین برای تامین مالی خدمات بهداشتی خود گام‌های نخستین را برداشته‌اند و از سرمایه‌های بیرونی خود استفاده می‌کنند، کلا سهم منبع بیرونی یا خارجی در تامین مالی بخش بهداشت از مرز نیم درصد در سال ۱۹۷۰ به ۳ درصد در سال ۱۹۹۰ رسید. در سال ۱۹۹۰، اغلب کشورهای آفریقایی زیر صحرا از طریق این وسیله لاقلاً یک چهارم هزینه‌های بهداشتی خود را تامین کرده‌اند. در سال ۱۹۹۲ در کشور غنا، ۱۹۹ نفر خیر در بخش بهداشت فعال بودند. در سالهای اخیر میزان تامین مالی بیرونی افزایش یافته و سطح کلی پشتیبانی کاهش یافته و مشاهده می‌شود که گرایش‌های قبلی بعضی از تقاضا به دولتها اعمال گشته است. بین سالهای ۱۹۹۵ و ۱۹۹۷، کشور آرژانتین از بانک جهانی وامی به مبلغ ۳۵۰ میلیون دلار برای اصلاحات در خصوص بیمه درمانی و وامی دیگر به مبلغ ۱۰۱ میلیون دلار برای طرحی در خصوص توسعه استانی دریافت کرد. این کشور همچنین وامی به مبلغ ۱۵۰ میلیون دلار از بانک ایترآمریکن برای سازماندهی مجدد ساختار خدمات بهداشتی و درمانی دریافت نمود. پرداختهای مالی بیرونی غالباً برای کمک به جبران منابع در کوتاه مدت در صورت بحران اقتصادی و فجایع طبیعی و جنگ صورت می‌گیرد.